

trabajo. La suma de esfuerzos de todas las categorías de profesionales que trabajan en salud, de los pacientes y sus familias, de los administrativos de hospitales, de la comunidad y de los políticos es necesario para obtener un Hospital sin Dolor. Es por ello necesario hacer converger los conceptos médicos, legales y éticos en esta dirección.

CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO INADECUADO DEL DOLOR.

Cuando se no se trata o se trata de manera deficiente, el dolor tras cirugía provoca un aumento de la frecuencia cardíaca, un aumento de las resistencias vasculares sistémicas y de las catecolaminas circulantes, incrementa el riesgo de isquemia miocárdica y accidente cerebral vascular, aumenta el sangrado y la incidencia de complicaciones. Además, es capaz del desarrollo posterior de dolor crónico. Las alteraciones neurofisiopsicológicas incluyen inmovilidad, dependencia farmacológica y social, insomnio, susceptibilidad a enfermedades, inmunosupresión y trastornos ansioso-depresivos. El tratamiento eficaz del dolor esta plenamente justificado.

CAUSAS DEL TRATAMIENTO DEFICIENTE DEL DOLOR

El dolor agudo es un fenómeno mundial que incluye tanto a cirugías como a traumatismos, enfermedades, desastres naturales, etc. Desde el punto de vista médico, el alivio del dolor se realiza de forma más teórica que práctica. Existe el concepto que el dolor es un síntoma, cuando se debería tratar como una enfermedad. Estudios recientes indican que más de un 15% de pacientes presentar dolor intenso tras una intervención quirúrgica. Las actitudes respecto al dolor en el contexto cultural, social y religioso como un aspecto de la vivencia humana han inducido logros y obstáculos para su tratamiento. La palabra paciente, sin ir más lejos, significa "el que sufre". Se precisa formar a la población general para conseguir mejorar el alivio del dolor. Probablemente, el impedimento más importante para el tratamiento adecuado del dolor se sitúa en barrera política y legal. Todavía hoy existen casos de encausamiento judicial por prescripción de opiáceos, en un contexto de opiofobia y opioignorancia relevante.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Es indispensable para lograr que las barreras al tratamiento adecuado del dolor cedan promover el derecho ético y legal al tratamiento del dolor. Sólo si el tratamiento adecuado del dolor es un derecho humano internacional y constitucional se podrá cambiar la ley y las actitudes políticas, culturales y sociales reacias al alivio del dolor. Las guías de practica clínica y los estándares de práctica médica deben recoger la importancia del alivio del dolor, así, como las recomendaciones del tratamiento basadas en la evidencia.

HOSPITAL SIN DOLOR Y UNIDADES DEL DOLOR AGUDO

Definir un Hospital Sin Dolor, a priori, no es difícil, no debería de existir dolor en él. Desgraciadamente, los pacientes deben sufrir para poder acceder a algún servicio de salud y el dolor forma parte de la vida normal de las personas. Por lo tanto, un hospital sin dolor debería definirse como aquel centro hospitalario en que todos los profesionales sanitarios son capaces de reconocer y tratar el dolor de forma eficaz. Para ello, deben de implementarse estrategias que optimicen los recursos analgésicos disponibles. En este contexto, las unidades del dolor agudo postoperatorios deben dirigir estas estrategias, organizando protocolos de tratamiento en conjunto con todos los servicios hospitalarios y en especial, el análisis de la recogida sistemáticas de los datos del dolor. Probablemente, la función más importante de las unidades agudas del dolor debe ser la formación y motivación del personal sanitario. El dolor ha sido considerado durante mucho tiempo como un síntoma. Las universidades no suelen contar con cátedras sobre el estudio y manejo adecuado del dolor. La mayoría de médicos y enfermeras no disponen de conocimientos básicos de fármacos analgésicos opiáceos, de drogas coadyuvantes y procedimientos no farmacológicos que son la base terapéutica para el control del mismo. La actitud del personal sanitario es la clave para el desarrollo de hospitales sin dolor. El personal sanitario debe tener el convencimiento de que liberar a los pacientes del dolor, independientemente de la causa, es una obligación para quien lo realiza y un derecho para quien lo recibe.

SITUACIÓN DEL DOLOR EN LOS HOSPITALES DE CATALUÑA

Antonio Vallano Ferraza^{1,2}

- 1 Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge.
- 2 Departamento de Patología y Terapéutica Experimental. Universitat de Barcelona

CORRESPONDENCIA

Antonio Vallano Ferraz
Servei de Farmacologia Clínica
Hospital Universitari de Bellvitge
Feixa Llargà s/n
08907 Hospitalet de Llobregat, Barcelona
Tel. 932607221
e-mail: avallano@csb.scs.es
avallano@ub.edu

1. SITUACIÓN DEL PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, diferentes estudios en todo el mundo han demostrado que el dolor es un problema relevante (1). La importancia de un tratamiento adecuado del dolor hospitalario ha sido reconocida de forma institucional por la Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos, que ha incluido el tratamiento del dolor hospitalario entre los estándares de buena práctica clínica (2). Aunque probablemente Cataluña es la comunidad autónoma española en la que se han realizado más estudios de evaluación del dolor hospitalario y de su tratamiento, el número de hospitales incluidos en los estudios ha sido reducido (3,4), a menudo sólo se ha analizado el dolor postoperatorio (5-7), y generalmente no se ha establecido un patrón o estándar de referencia para evaluar la adecuación del manejo y tratamiento del dolor. Por este motivo se consideró pertinente hacer un estudio multicéntrico en varios hospitales de Cataluña para evaluar:

- 1) la prevalencia hospitalaria del dolor;
- 2) la idoneidad de la valoración del dolor y la adecuación de su manejo y tratamiento de acuerdo a las recomendaciones de las guías internacionales de manejo del dolor;
- 3) y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico.

Se seleccionó una muestra total de 1,675 pacientes que era representativa de los pacientes adultos ingresados en 15 hospitales catalanes en el período de enero del 2002 a septiembre del 2003. Se recogió información de las características clínicas de los pacientes, del tratamiento analgésico prescrito y administrado y del registro de la intensidad del dolor en las historias clínicas. Se entrevistó a los pacientes para evaluar el dolor y la intensidad del dolor que tenían, mediante una escala analógica visual, y el grado de satisfacción con el tratamiento analgésico, mediante una versión española adaptada del cuestionario de la *American Pain Society*. A partir de los resultados del estudio se estimó que alrededor de un 50% de los pacientes adultos ingresados tenían dolor y la puntuación mediana de la intensidad del dolor fue de 40 mm (mínima 10 y máxima 100 mm) (8). Entre los pacientes con dolor un 35% tuvo un dolor leve, un 38% moderado y un 27% intenso. Sin embargo, un hallazgo significativo fue la gran variabilidad entre los distintos hospitales, tanto de la prevalencia (desde un 30% hasta casi un 70%) como de la intensidad del dolor que tenían los pacientes (8). Según las características demográficas y clínicas manifestaron más dolor las mujeres, los jóvenes, los pacientes postoperados, los ingresados en los servicios de traumatología y ortopedia, y de obstetricia y ginecología (8). Según localizaciones, los dolores más frecuentes fueron abdominales (31%), de extremidades inferiores y cadera (22%), y torácicos (15%).

Se observó que no siempre se realizaba una anotación del dolor en las historias clínicas. Así, una anotación sobre el dolor en las historias clínicas constaba en menos de la mitad de los pacientes hospitalizados (45%), y en menos de la mitad de la mitad de los pacientes con dolor (48%) (9). También en este caso se observó una amplia variabilidad de la anotación del dolor entre los distintos hospitales. Se prescribieron analgésicos a un 70% de los pacientes hospitalizados, pero la prescripción de los analgésicos opiáceos fue escasa (10). Prácticamente todos los hospitales disponían de guías locales o protocolos de manejo del dolor hospitalario. Sin embargo, cuando se analizó la adherencia de las pautas de tratamiento analgésico a las recomendaciones de las guías internacionales de manejo del dolor, estas pautas analgésicas sólo fueron adecuadas en el 27% de los pacientes tratados con analgésicos (10). A menudo, las dosis administradas de los analgésicos fueron inferiores a las dosis reco-

mendadas y sólo una minoría de pacientes (2%) fue tratada con analgésicos de rescate o con la pauta de analgesia controlada por el paciente. Un hallazgo significativo a destacar fue que la prevalencia del dolor fue mayor en los pacientes con un tratamiento analgésico inadecuado que en los pacientes con un tratamiento analgésico adecuado según las recomendaciones de las guías de manejo del dolor. Paradójicamente, la mayoría de los pacientes tratados con analgésicos manifestaron que estaban satisfechos con el tratamiento analgésico recibido (83,5%) y con la atención de los profesionales sanitarios, sobre todo del personal de enfermería (94%). Este hallazgo sorprendente puede estar relacionado con la creencia que tienen los pacientes sobre el dolor que han de tener cuando están hospitalizados. Así, cuando se preguntó a los pacientes sobre el dolor que tuvieron en comparación con el que esperaban tener antes de su ingreso en el hospital, la mayoría de pacientes respondió que el dolor que tuvieron en el hospital fue tal como esperaban (62%) o incluso menor del que esperaban tener (22%). En resumen, los resultados de este estudio indican que el dolor es un problema relevante en la población ingresada en los hospitales de Cataluña, posiblemente una situación no muy diferente de la de los hospitales de otras comunidades autónomas españolas, y que sus características son similares a las descritas en otros estudios internacionales. Las actuaciones para mejorar la situación del dolor hospitalario deberían ser educativas, organizativas y de cambios de actitud en los profesionales sanitarios de los hospitales, y en los pacientes dirigidas a enseñar que el dolor no siempre es una secuela inevitable de la enfermedad, de los procedimientos médicos o de las intervenciones quirúrgicas (11,12).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañellas M, Català E. Prevalencia del dolor en el ámbito hospitalario. En: Busquets C, Ribera MV, editores. Unidades de dolor. Realidad hoy, reto para el futuro. Monografías médicas de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (ACMCB) 12. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 2002; 31-37.
2. Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations Pain Standards for 2001. <http://www.jcaho.org/standard/pm.html>. (consultat el 9 de gener de 2001).
3. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños J-E. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 51-4.
4. Bolibar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 2005; 52: 131-40.
5. Baños JE, Bosch F, Ortega F, Bassols A, Cañellas M. Análisis del tratamiento del dolor postoperatorio en tres hospitales. *Rev Clin Esp* 1989; 184: 177-81.
6. Aguilera C, Arnau JM, Bosch C, Castel JM, Laporte JR, Paredes I, Vallano A, Farré M, Terán M, Menoyo E y Grupo de Estudio sobre analgesia postoperatoria de la Sociedad Española de Farmacología Clínica. Analgésicos en el postoperatorio de intervenciones abdominales. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 136-40.
7. Zavala S, Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Moral MV, Baños JE. Estudio comparativo del tratamiento del dolor postoperatorio

- rio en función del servicio quirúrgico. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1996; 43: 167-73.
8. Vallano A, Malouf J, Payrullet P, Baños JE on behalf of the Catalan Research Group for Studying Pain in Hospital. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Pain* 2006; 10: 721-731.
 9. Vallano A, Payrullet P, Malouf J, Baños JE y Grupo Catalán de Investigación del Dolor Hospitalario. Estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio hospitalario. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2007; 54: 140-146.
 10. Vallano A, Malouf J, Payrullet P, Baños JE on behalf of the Catalan Research Group for Studying Pain in Hospital. Analgesic use and pain in the hospital settings. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 619-626.
 12. McQuay H, Moore A, Justins D. Treating acute pain in hospital. *BMJ* 1997; 314: 1531-5.
 13. Bassols A, Cañellas M, Bosch F, Baños JE. Per què encara es controla tan malament el dolor? Dades, reflexions i propostes de millora. *Ann Med (Barc)* 2005; 88: 4-6.